Rhode Island Department of Human Services

Office of Child Care – Child Care Assistance Program

CCAP Provider Back Billing Request Form

Provider Name: _____ Provider ID: _____

Certificate #	Child's Full Name	DOB	Week 1	Hours	Week 2	Hours
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	

I certify that the information reported on this form is true and accurate, that each of the children reported as present were in my care for the weeks claimed during the hours indicated, and that I have signed Parent Provider Agreements and daily attendance records signed by the parent indicating each child's arrival and departure time. **I have attached a printout of each child's enrollment details from the Portal.**

Signature of Provider _____ **Date** _____

Printed Name _____ **Position/Title** _____

You have a RIGHT to non-discriminatory treatment. In accordance with Title VI of the Civil Rights Act of 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Section504 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended(29 U.S.C. 794); Americans with Disabilities Act of 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), and Title IX of the Education Amendments of 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.); the Food Stamp Act; the Age Discrimination Act of 1975; the U.S. Department of Health and Human Services implementing regulations (45 C.F.R. Parts 80 and 84) and the U.S. Department of Education implementing regulations(34 C.F.R. Parts 104 and 106); and the U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services (7 C.F.R. 272.6); the Rhode Island Department of Human Services (DHS), does not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, religion, political beliefs, age, religion or gender in acceptance for or provision of services, employment or treatment, in its education and other program activities. Under other provisions of applicable law, DHS does not discriminate on the basis of sexual orientation. For further information about these laws, regulations and DHS' discrimination complaint procedures for resolution of complaints of discrimination, contact DHS at 57 Howard Avenue, Cranston, Rhode Island 02920, telephone number 462-2130 (for deaf/hearingimpaired462-6239 or 711). The Community Relations Liaison Officer is the coordinator for implementation of Title VI; the Office of Rehabilitation Services (ORS) Administrator or his/her designee is the coordinator for implementation of the Title IX, Section 504, and ADA. The Director of DHS or his/her designee has the overall responsibility for DHS' civil rights compliance. In accordance with Federal Law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, relation, political beliefs or disability. To file a complaint of discrimination for SNAP, write to USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, or call (202) 720-5964

Please complete this form and submit with all required documentation via email or mail to:

DHS.ChildCare@dhs.ri.gov or DHS Office of Child Care, 25 Howard Avenue, LP Bldg. 1st Floor, Cranston RI 02920

Rhode Island Department of Human Services

Office of Child Care – Child Care Assistance Program

Formulario de Solicitud de Facturación Atrasada del Proveedor del CCAP

Nombre del Proveedor: _____ ID del Proveedor: _____

Certificado #	Nombre Completo del Niño	Fecha. Nac.	Semana 1	Horas	Semana 2	Horas
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	

Certifico que la información reportada en este formulario es verdadera y precisa, que cada uno de los niños reportados como presentes estuvieron a mi cargo durante las semanas estipuladas durante las horas indicadas, y que he firmado los Acuerdos de Padres/Proveedor y los registros de asistencia diaria firmados por el padre, indicando la hora de llegada y salida de cada niño. He adjuntado una copia de los detalles de inscripción de cada niño desde el Portal.

_____ _____

Firma del Proveedor **Fecha**

_____ _____

Nombre en letra imprenta **Cargo/Título**

Usted tiene derecho a un trato no discriminatorio. De conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d y siguientes), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, en su forma enmendada(29 U.S.C. 794); Ley para estadounidenses con discapacidades d 1990 (42 U.S.C. 12101 et ses.), y el Capítulo IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (20 U.S.C. 1681 y siguientes); la Ley de Cupones de Alimentos; la Ley de Discriminación por Edad de 1975; el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos implementando reglamentos (45 C.F.R. Partes 80 y 84) y el Departamento de Educación de los Estados Unidos implementando reglamentos (34 C.F.R. Partes 104 y 106); y el Departamento de Agricultura, Alimentación y Servicios de Nutrición de los Estados Unidos (7 C.F.R. 272.6); el Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS, por sus siglas en inglés) no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, religión, creencias políticas, edad, religión o género en aceptación o prestación de servicios, empleo o tratamiento, en su educación y otras actividades del programa. Bajo otras disposiciones de la ley aplicable, el DHS no discrimina por orientación sexual. Para obtener más información sobre estas leyes, reglamentos y procedimientos de queja por discriminación del DHS para la resolución de quejas de discriminación, comuníquese con el DHS en 57 Howard Avenue, Cranston, Rhode Island 02920, número de teléfono 462-2130 (para sordos/hearingimpaired462-6239 o 711). El Oficial de Enlace de Relaciones Comunitarias es el coordinador para la aplicación del Capítulo VI; el Administrador de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) o su designado es el coordinador para la implementación del Capítulo IX, Sección 504 y ADA. El Director del DHS o su designado tiene la responsabilidad general del cumplimiento de los derechos civiles del DHS. De acuerdo con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, relación, creencias políticas o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación por SNAP, escriba al USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, Oficina 326-W, Edificio Whitten, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame al teléfono (202) 720-5964

Por favor, complete este formulario y envíelo con toda la documentación necesaria por correo electrónico o correo postal:
DHS.ChildCare@dhs.ri.gov o DHS Office of Child Care, 25 Howard Avenue, Edificio LP, 1er Piso, Cranston RI 02920